

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR OBTENIR LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

Conditions générales :

Le cadre réservé à l'adhérent doit être dûment renseigné.

Le cadre réservé au médecin doit être renseigné par le praticien lui-même notamment la nature de la maladie.

La validité de la feuille de soins est limitée à 3 mois à compter de la première consultation.

L'entente préalable est exigée pour toute hospitalisation médicale, chirurgicale, soins dentaires spéciaux, extractions multiples, parodontie orthodontie, prothèses dentaires, prothèses auditives ou orthopédiques ainsi que pour tous les actes effectués en série.

En cas d'accident, une déclaration précisant les causes et circonstances de l'accident est à joindre à la feuille de soins.

Pharmacie :

Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.

Pour les médicaments sans vignettes une facture de la pharmacie doit être jointe.

Radiologie et Biologie :

La facture ainsi qu'une copie des résultats des analyses ou du compte rendu [sous pli confidentiel] doivent être jointes à l'ordonnance médicale pour toute demande de remboursement.

Un pli confidentiel du médecin prescripteur des analyses ou radios peut être demandé par le médecin conseil de la mutuelle.

Optique :

L'ordonnance du médecin prescripteur et la facture de l'opticien sont à joindre à la feuille de soins.

Éducation :

L'entente préalable renseignée par le médecin prescripteur est exigée avant le début des séances de rééducations.

Pour le remboursement, la facture et le calendrier des séances effectuées sont à joindre à la feuille de soins.

Dentaire :

En cas de prothèses ou de traitement canalaire, l'accord préalable renseigné sur la feuille de soins est obligatoire avant le début de traitement.

La facture doit être jointe à la feuille de soins pour toute demande de remboursement.

La radio-après soins est obligatoire en cas de prothèses ou de traitement canalaire.

Maladie et Affection Longue Durée ALD et ALC :

La déclaration de maladie chronique doit être renseignée par le médecin prescripteur et renouvelée tous les 6 mois.

Adresses Mails utiles

Réclamation : contact@mupras.com

Prise en charge : pec@mupras.com

Adhésion et changement de statut : adhesion@mupras.com

MUPRAS garantit le respect de la loi n° 09-08 relative à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données à caractère personnel.

MUPRAS : Centre Allal Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Allal Ben Abdellah - Quartier de l'Horloge
Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

111747 Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule :

8945

Société :

Actif

Pensionné(e)

Nom & Prénom :

Jamil EPMostafa

Date de naissance :

21.11.1943

Adresse :

Hy Mlye Rachid Imn 2 N° 38B - Casab

Tél. :

05270.92.16

Total des frais engagés :

362,60

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation :

08/12/2010

Nom et prénom du malade :

Jamil EPMostafa

Age : 76 ans

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

Gonalgies

En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous pli confidentiel à l'attention du médecin conseil de la Mutuelle.

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je déclare avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à : Casab

Le : 31/12/2010

Signature de l'adhérent(e) :

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et Signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
00/00/00	Actes	CS.	(50,00)	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE LA PLACE Hay Rekbout - Rue 12 - N°53 Sidi Moumen - Casablanca Tel: 05 22 70 16 39 ICE : 00163316300023	9/12/2019	212,60

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important:

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan de l'

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				COEFFICIENT DES TRAVAUX
				MONTANTS DES SOINS
				DEBUT D'EXECUTION
				FIN D'EXECUTION
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			
	25533412 00000000 D 00000000 35533411	21433552 00000000 G 00000000 11433553		COEFFICIENT DES TRAVAUX
				MONTANTS DES SOINS
				DATE DU DEVIS
				DATE DE L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

وصفة
ORDONNANCE



درب غلف
DERB GHALLEF

Le 03/08/2019

PHARMACIE LA PLACE
Hay Rekbout - Rue 12 - N°53
SIHI Mbourh - Casablanca
Tél: 05 22 70 16 39
ICE : 001633163b00022

1°/ Artiflex gel :

350g (j)
2 cp / ap le petit dej
x 3 mois.



2°/ Recidouze cp:

350g (j)
1x3/j x 1 mois.

BECIDOUZE® 20 dragées

PPV 35DH10 EXP 08/2022
LOT 93003 2

3°/ Nodol codeine :

280g

LOT 15/MA060
PER.:02/2024

NO - DOL CODEINE
CP B20

P.P.V : 28DH00



6 118000 061861

03(j x 10j)



POLYCLINIQUE C.N.S.S - Derb Ghallef

Rue de la Sécurité Sociale Quartier des Hôpitaux

20100 CASABLANCA

Tél:0522-863021/27 Fax:0522-864205 RDV:0522-863020

INPE: 090001512 ICE: 001757364000080 IF: 1602058

N° IPP :	1089441	N° SEJOUR :	190083786	FACTURE N° 1902023729				DATE D'ENTREE :	09/12/2019	DATE DE SORTIE :	09/12/2019
ASSURE :								DESTINATAIRE :			
MALADE :	UF: 6001 CONSULTATION MEDICALE ET AUXI				JAMIL,El Mostafa						
NOM JEUNE FILLE :	N° IMMAT C.N.S.S :										
TIERS PAYANT 1 :	N° D'ADHERENT OU DE MUTUALISTE :										
TIERS PAYANT 2 :											
REF. PC 1 :	REF. PC 2 :	N° SE. SOC. ETRANG. :									
NATURE DE PRESTATION	LETTRE CLE	NOMBRE x COEF	PRIX UNITAIRE	TOTAL	TIERS PAYANT 1		TIERS PAYANT 2		PART DU MALADE		
					% / Dh	MONTANT	% / Dh	MONTANT	% / Dh	MONTANT	
CONSULTATION DE MEDECIN.	CS	1.00	150.00	150.00					0.00	150.00	

Intervenant :	04042019 DR RAISOUNI NOUHA RHUMATOLOGUE	TOTAUX :	150.00							150.00	
Arrêtée la présente facture à la somme de :				PLAFOND PC :					ACOMPTE :		
CENT CINQUANTE DHS				REMISE :	0.00	REGLE :	150.00		AVOIR :		
				RESTE DU:	0.00						
DATE FACTURE :	09/12/2019	EDITEE LE :	09/12/2019	PAR:	AZEDIN	ACCIDENT DE TRAVAIL :					
VISA				N° DE POLICE :	DATE AT :						
				Règlement à effectuer à l'ordre de :	POLYCLINIQUE C.N.S.S - Derb Ghallef						
				BANQUE :	BMCE - AGENCE MOULAY DRISS 1ER - CASABLANCA						
				N° compte bancaire :	011 780 0000 70 210 00 60 028 31						

